

南投縣政府老人裝置假牙補助審查申請書(113年)

申請日期：113年 月 日

福利身分	第一類：請送戶籍所在地鄉(鎮、市)公所 (由公所查詢)設籍本縣年滿六十五歲以上或年滿五十五歲以上原住民 <input type="checkbox"/> 低收入戶者、中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 經政府全額補助收容安置 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助者 <input type="checkbox"/> 經各級政府補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達50%以上										
	第二類：請送戶籍所在地鄉(鎮、市)衛生所 <input type="checkbox"/> 年滿65歲以上老人(設籍本縣滿1年以上，且申請裝置時仍設籍本縣者) <input type="checkbox"/> 設籍本縣年滿五十歲以上領有身心障礙證明										
申請人基本資料	姓名							性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年 月 日
	身分證字號								聯絡電話		
	郵遞區號 通訊地址										
申請補助應備文件	<input type="checkbox"/> (第一類)年滿五十五歲以上原住民戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 經合格牙科醫療院所開立當年度三個月內有效之診斷證明書 <input type="checkbox"/> 裝置前之照片(清楚拍出缺牙狀況)										
裝置假牙醫療院所											
第一類：_____公所 (初審核章)					第二類：_____衛生所 (初審核章)						
<input type="checkbox"/> 符合本縣老人裝置假牙補助標準規定 <input type="checkbox"/> 不符合本縣老人裝置假牙補助標準規定											
承辦人							收件人				
課長							承辦人				
鄉鎮市長							主任				
南投縣政府社會及勞動處(複審核章)											
<input type="checkbox"/> 符合本縣老人裝置假牙補助標準規定核予補助：新臺幣 萬 仟 佰元整											
<input type="checkbox"/> 不符合本縣老人裝置假牙補助標準規定不予補助，退件											
承辦人			科長				處長				

切
結
書

本人_____茲申請南投縣政府老人補助裝置假牙，本人已充分了解並符合本計畫申請補助對象資格規定，且於五年內同一顎未曾取得相同補助項目或其他政府機關所辦假牙計畫之補助。

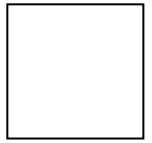
本人上述所填各項資料及所附文件均完全屬實，並同意提供貴府查詢確認本人身分使用；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之補助經費，特此切結。

(如為代理申請，代理人應將表內事項詳細告知申請人)

此致

南投縣政府社會及勞動處

申請人簽章：_____



第一類、第二類申請項目：

- 1. 上下顎全口活動假牙
- 2. 上顎全口活動假牙
- 3. 下顎全口活動假牙
- 4. 上顎全口活動假牙，併下顎部分活動假牙
- 5. 下顎全口活動假牙，併上顎部分活動假牙
- 6. 上、下顎部分活動假牙
- 7. 上顎部分活動假牙
- 8. 下顎部分活動假牙

第一類申請項目：

- 9. 活動假牙維修費
 - 假牙破裂維修費/單顎
 - 假牙添加費/單顆
 - 假牙線勾/個
 - 假牙硬式襯底/座
- 10. 上顎、下顎部分固定式假牙
 - 上顎_____齒
 - 下顎_____齒

口腔牙齒狀況，請填入代號：1. 有牙(含真牙、假牙)；2. 拔除；3. 殘根

備註：上顎尚有_____顆牙，下顎尚有_____顆牙

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

建議裝置上下顎(全口)、(部分)活動假牙

上顎()活動假牙，估_____元

下顎()活動假牙，估_____元

上顎(顆)固定式假牙，估_____元

下顎(顆)固定式假牙，估_____元

建議活動假牙維修項目：

假牙破裂維修費：_____顆，_____元

假牙添加費：_____顆，_____元

假牙線勾：_____個，_____元

假牙硬式襯底：_____座，_____元

診治醫師

估算金額

醫療院所簽章：

南投縣 _____ (市、鎮、鄉) _____ 君

申請「老人裝置假牙補助」裝製前照片

上顎

(清楚拍出容面及缺牙情形)

下顎

(清楚拍出容面及缺牙情形)

備註：本表不敷使用時，請自行加印。